

Parcours enfant dans TIMÉO



Association TIMEO 18

Régulation du surpoids et de l'obésité

210 route de Vouzeron, 18230 SAINT-DOULCHARD

contact@timeo18.fr

<https://timeo18.fr>

07.69.18.50.73

Présentation

Le parcours TOPASE s'adresse aux enfants en surpoids de 3 à 17 ans. C'est un parcours de santé financé, déployé sur le département du Cher grâce au réseau des professionnels de l'association TIMEO 18.

C'est un engagement à suivre un parcours de santé de 2 ans pour l'enfant et ses parents.

Parcours financé par la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)



**Territoire Obésité Parcours Autonomie
Santé Ensemble pédiatrique**

TOPASE

Art. 51











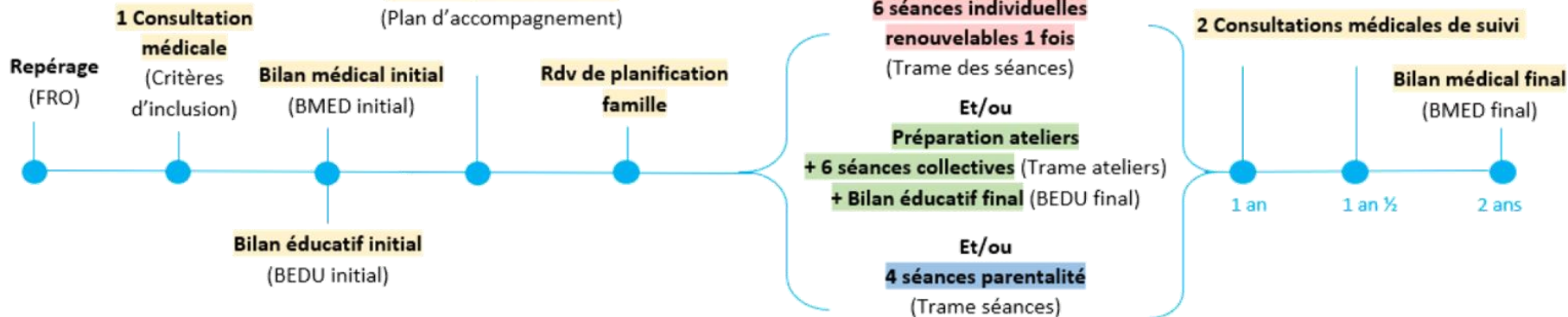
Parcours TOPASE



Montez votre EQUIPE TOPASE !

Votre équipe est motivée,

**Réunion de concertation
pluridisciplinaire « RCP »**
(Plan d'accompagnement)



2 ans



Montez votre EQUIPE TOPASE !

Votre équipe est motivée,

6 séances individuelles

renouvelables 1 fois

(Trame des séances)

Et/ou

Préparation ateliers

+ 6 séances collectives (Trame ateliers)

+ Bilan éducatif final (BEDU final)

Et/ou

4 séances parentalité

(Trame séances)

Forfait Accompagnement individuel

- 6 consultations individuelles :
diététique, psychologie, activité physique adaptée

Forfait Accompagnement collectif

- 6 ateliers collectifs :
diététique, activité physique adaptée, psychologie

Forfait Accompagnement parentalité

- 4 séances de soutien familial :
psychologie

Renouvelable
une fois

Avec parents + fratrie. 4 groupes :

- 3 à 6 ans
- 7 à 12 ans
- 13 à 17 ans
- 18 ans et plus

3 avec parent(s)
1 avec enfant + parent(s)



Montez votre EQUIPE TOPASE !

Votre équipe est motivée,

Modalités

Un double engagement : parent(s) et enfant

Une adhésion annuelle 12€ pour l'association

TIMEO

Un adressage par un professionnel

contact@timeo18.fr

07.69.18.50.73

Prescripteur :
NOM Prénom :
Adresse :
Code Postal et ville :

Tampon du prescripteur

ASSOCIATION TIMEO 18
Service de médecine du sport
Orthocentre
210 Route de Vouzeron
18230 Saint-Doulchard

A, le/...../.....

Objet : Demande de prise en charge pour régulation du poids

Cher confrère,

Je vous adresse ☐ Mme ☐ M., né(e) le/...../.....

Adresse postale :

Téléphone(s) :

Pour une éventuelle prise en charge dans le cadre d'une évaluation et éducation à la régulation du poids et ainsi bénéficier des conseils et évaluations expertes de votre équipe.

Contres indications éventuelles / Antécédents médicaux :

Autres commentaires :

Bien confraternellement,

Signature du Patient

Signature du Prescripteur

Orientation



Fiche de repérage et d'orientation

* Obligatoire

Le repéreur

<https://forms.office.com/e/jwmQ29kVWL?origin=lprLink>